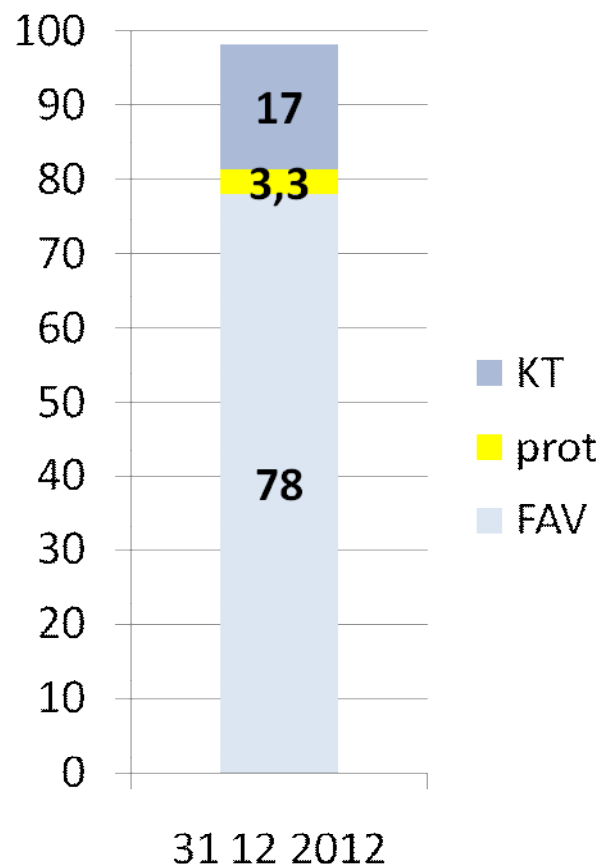
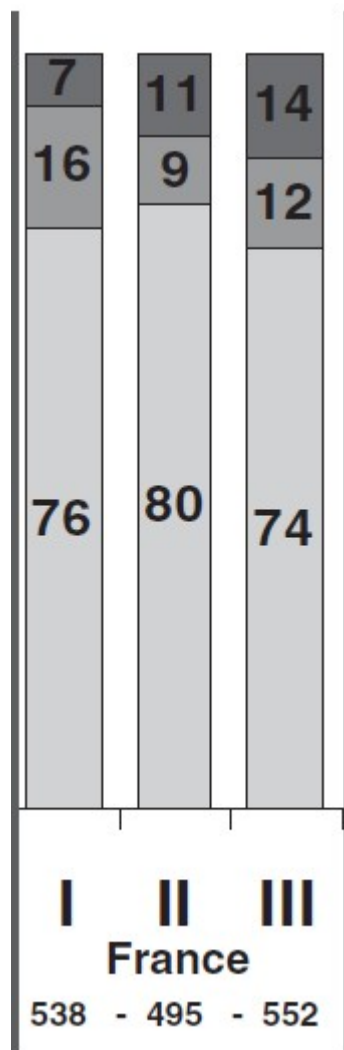


Quand privilégier le cathéter à demeure par rapport à l'abord artériovoineux ?

Philippe Brunet
Université Aix-Marseille
Hôpital de la Conception

SFAV 2014 – Aix-en-Provence

Evolution de la prévalence des cathéters chez les patients hémodialysés en France 1996-2012



DOPPS I : 1996-2000
 DOPPS II : 2002-2003
 DOPPS III : 2005-2007
 REIN 2012

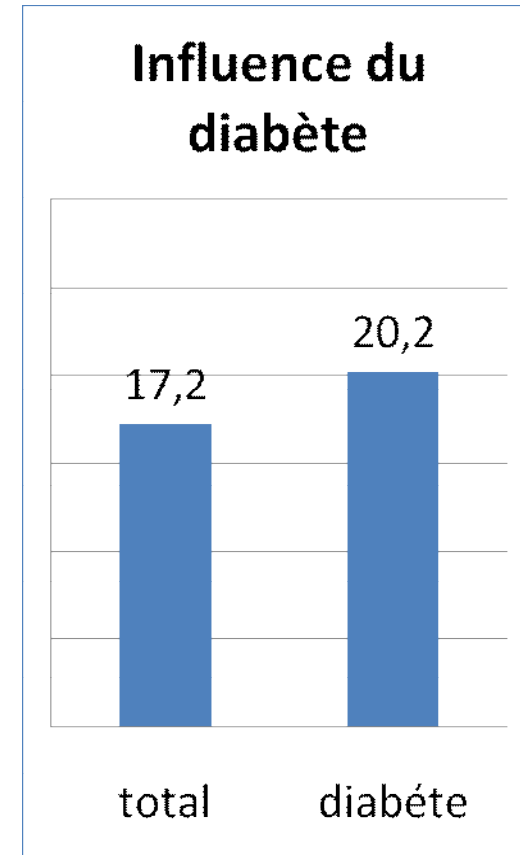
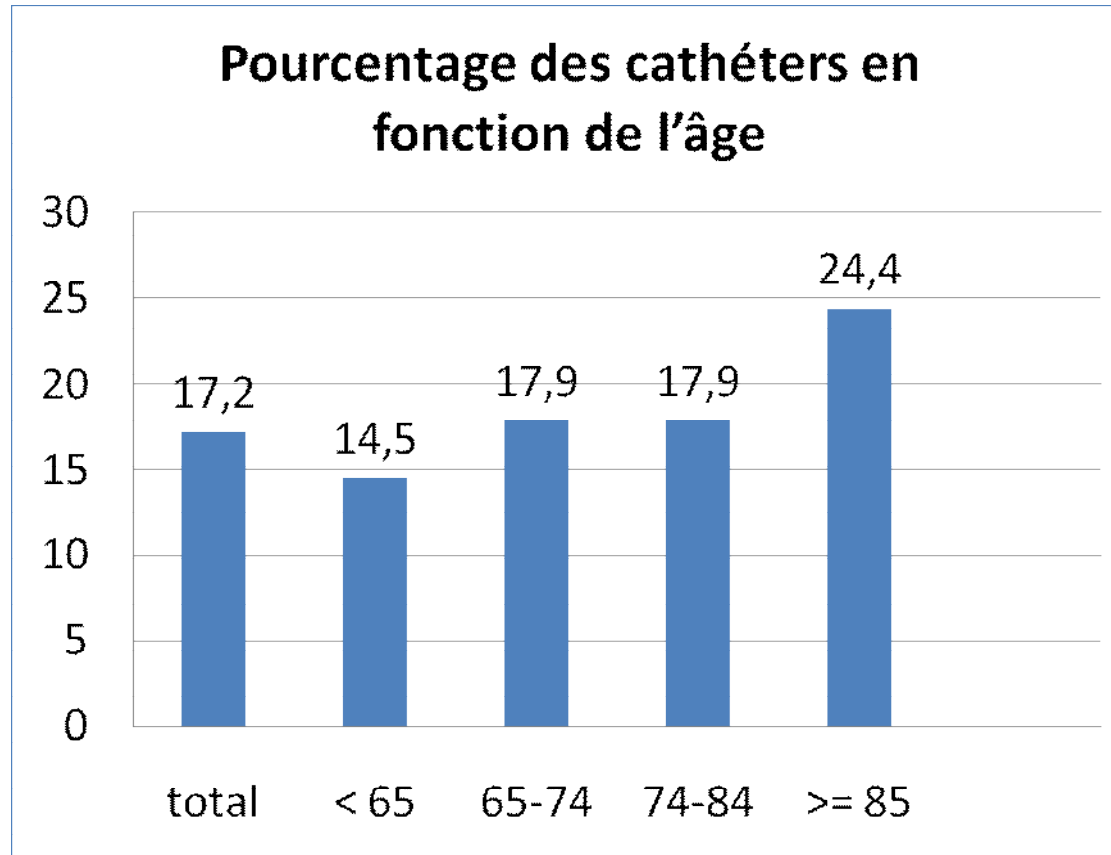
Ethier J, NDT 2008
 REIN, Rapport 2012, 192

Les recos et la pratique

- L'utilisation des cathéters tunnellisés comme accès à long terme doit être découragée et limitée comme accès permanent à **10% des patients** (KDOQI 2006)

pays	DOPPS 2005-2007
Japon	2%
Allemagne / Aust-NZ	10%
Italie	12%
France	14%
Espagne	21%
USA	25%
UK / Suède	28%
Canada	39%
Belgique	41%

Pourcentage des cathéters en France au 31/12/2012 – influence âge et diabète



Proportion de cathéters au démarrage de l'HD

- USA 2006 : 82% (Lok CE, *CJASN 2007*)
- France 2012 : 56% (Registre REIN)

Indications de cathéter central

- 1. Nouveaux patients nécessitant de démarrer la dialyse et non équipés de FAV
- 2. Patients prévalents avec FAV non fonctionnelle
 - arrêt de fonctionnement de FAV
 - attente de sauvetage ou de création de nouvelle FAV
 - difficultés de ponction excessives
- 3. Epuisement des possibilités de FAV
- 4. Contre indication de FAV
 - 4.1. Insuffisance cardiaque sévère
 - 4.2. Insuffisance respiratoire chronique, en raison du risque d'insuffisance cardiaque
 - 4.3. Ischémie de la main
- 5. Patients avec cancer disséminé (faible espérance de vie ; nécessité d'accès vasculaire limitée à quelques mois)

1-Nouveaux patients nécessitant de démarrer la dialyse et non équipés de FAV

- Cathéter tunnalisé = la solution idéale

Parce que la maturation des FAV prend du temps

FAV native : 1^{ère} ponction < 2 mois : USA 36% ; Europe 79% et Japon 98% des unités

FAV prothétique : 1^{ère} ponction 2-4 sem : USA 62% ; Europe 61% ; Japon 42%

La ponction à moins de 2 semaines doit être évitée

Le temps minimum de maturation est idéalement > 4 semaines

Une ponction plus précoce peut être associée à une diminution de la survie des la FAV

2- Patients prévalents avec FAV non fonctionnelle

- arrêt de fonctionnement de FAV
- attente de sauvetage ou de création de nouvelle FAV
- difficultés de ponction excessives

3- Epuisement des possibilités de FAV

En général échecs multiples et refus du patient ou de l'équipe médico-chirurgicale de tenter un nouvel accès

4.1.- Contre indications de la FAV : Insuffisance cardiaque

- La relation entre FAV et fonction cardiaque n'est pas claire
- Chez les patients avec fonction cardiaque normale, la création d'une FAV ne pose pas de problème
- Chez les patients avec insuffisance cardiaque contrôlée, le débit de FAV ne devrait pas dépasser 2 L/min (Basile, NDT 2008)
- Chez les pts avec insuffisance cardiaque non contrôlée par déplétion, la FAV doit être évitée ou ligaturée.

4.2.- Contre indications de la FAV : Insuffisance respiratoire chronique (HTAP)

- La FAV entraîne une HTAP chez certains patients (Nakhoul, NDT 2005)
- La FAV est susceptible d'aggraver des patients avec HTAP préexistante : insuffisance respiratoire chronique (EBPG 2007)

4.3.- Contre indications de la FAV : Ischémie de la main

Lorsque les mesures suivantes n'ont pas permis de créer ou maintenir une FAV :

- Mesures préventives :
 - Evaluation avant création de FAV :
 - Pression artérielle aux 2 bras
 - Cartographie doppler artériel, test d'Allen
 - Artériographie en cas de doute
 - Techniques chirurgicales si réseau artériel fragile
 - Eviter les FAV humérales
 - Limiter la taille de l'anastomose : 10 mm pour radio-céphalique et 5-7 mm pour humérales (EBPG 2007)
 - Anastomose à 90° ou à 180° pour créer une résistance mécanique

4.3.- Contre indications de la FAV :

Ischémie de la main

Lorsque les mesures suivantes n'ont pas permis de créer ou maintenir une FAV :

- Mesures curatives
 - Interventions de revascularisation (DRIL, etc...)

Cathéters d'hémodialyse

inconvénients

- Risque de décès ↑
- Risque infectieux ↑
- Taux d'hospitalisation ↑
- Dialyse inadéquate ↑
- Interventions pour AV ↑
- Perte de temps au branchement et débranchement
- Inconfort entre les séances

avantages

- Utilisation immédiate
- Utilisation facile
- Utilisation possible à long terme
- Moins de douleur au branchement

Qu'en pensent les patients ?

- Méthode :
 - questionnaire sur 222 pts de 2 centres canadiens
- Résultats:
 - Global : Score de symptômes identiques entre FAV et cathéters ($p=0.36$).
 - Patients avec FAV : augmentation des plaintes type douleur, saignement, ecchymoses, tuméfaction et aspect de leur accès vasculaire.
 - Les sujets âgés ont un score de symptôme plus faible avec cathéter

Quinn RR et al, J Vasc Access 2008

Sur-risque lié aux cathéters ?

Méta-analyse

- Contexte :
 - Les associations entre le types d'accès vasculaire et le pronostic sont controversés
- Méthode :
 - Méta-analyse de 62 études de cohorte avec > 500 000 patients
- Résultats :
 - Comparaison pts avec cathéter vs pts avec FAV:
 - Mortalité globale : RR =1.53, 95% CI=1.41–1.67
 - Mortalité infectieuse : RR=2.12, 1.79–2.52
 - Evènements Cardio vasc. : RR =1.38, 1.24–1.54

Sur-risque lié aux cathéters ?

EtudeUSRDS – pts ≥ 67 ans

sur le premier accès vasc placé

- Contexte :
 - Les associations entre le types d'accès vasculaire et le pronostic sont controversés
- Méthode :
 - Etude registreUSRDS : > 100 000 pts incidents 2005-2008
- Résultats :
 - Risque de mortalité par rapport aux FAV :
 - Cathéter : HR 1.77 (1.73–1.81)
 - Prothèse : HR 1.05 (1.–1.11)

Sur-risque lié aux cathéters ?

Etude USRDS

sur l'accès vasculaire lors de la 1^{ère} dialyse

- Contexte :
 - Les associations entre le types d'accès vasculaire et le pronostic sont controversés
- Méthode :
 - registre USRDS 2005-2007 : > 100 000 pts 67-90 ans
- Résultats :
 - Risque de mortalité à 5 ans par rapport aux FAV :
 - Prothèse : HR 1.21 (1.17–1.26)
 - catheter plus FAV : HR 1.27 (1.24–1.30)
 - catheter plus prothèse : HR 1.38 (1.32–1.43)
 - Cathéter seul : HR 1.69 (1.66–1.73)

Obligation éthique d'éviter les cathéters ?

- Problématique : augmentation du nombre de cathéters ; persistance d'un sur-risque ;
- Le choix des patients contribue à l'augmentation des cathéters
- On ne peut pas admettre que les patients choisissent une option où les inconvénients sont supérieurs aux bénéfices

Réponses possibles du néphrologue à une demande de maintien de cathéter

